FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1895 — 1896 N° 20.

DE LA

GASTROSTOMIE

Selon le procédé Ssabanejew - Frank - Villar

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 22 Novembre 1895

PAR

Joseph-Pierre ROLLAND

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à Lambruisse (Basses-Alpes), le 10 juillet 1871

Examinateurs de la Thèse..	MM. DEMONS	professeur	*Président*
	MASSE	professeur	*Juges*
	VILLAR	agrégé	*Juges*
	BRAQUEHAYE	agrégé	*Juges*

Le Candidat répondra à toutes les questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX

IMPRIMERIE DU MIDI, P. CASSIGNOL

91, RUE PORTE-DIJEAUX, 91

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1895 — 1896 N° 20.

DE LA

GASTROSTOMIE

Selon le procédé Ssabanejew - Frank - Villar

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 22 Novembre 1895

PAR

Joseph-Pierre ROLLAND

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à Lambruisse (Basses-Alpes), le 10 juillet 1871

Examinateurs de la Thèse..	MM. DEMONS	professeur	*Président*	
	MASSE	professeur	*Juges*	
	VILLAR	agrégé		
	BRAQUEHAYE	agrégé		

Le Candidat répondra à toutes les questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX

IMPRIMERIE DU MIDI, P. CASSIGNOL

91, RUE PORTE-DIJEAUX, 91

1895

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS

M. MICÉ..... } Professeurs honoraires.
AZAM..... }

	Messieurs
Clinique interne	PICOT. PITRES.
Clinique externe	DEMONS. LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	ARNOZAN.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique d'accouchements	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Anatomie générale et Histologie	VIAULT.
Physiologie	JOLYET.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	BERGONIE.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER.
Matière médicale	de NABIAS
Médecine expérimentale	FERRE.
Clinique ophtalmologique	BADAL.
Clinique des maladies chirurgicales des enfants	PIÉCHAUD.
Clinique gynécologique	BOURSIER.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE	
Pathologie interne et Médecine légale	MESNARD. CASSAET. AUCHE. SABRAZÈS. LE DANTEC.
SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS	
Pathologie externe	VILLAR. BINAUD. BRAQUEHAYE.
Accouchements	RIVIÈRE. CHAMBRELENT.
SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES	
Anatomie	PRINCETEAU. CANNIEU.
Physiologie	PACHON.
Histoire naturelle	BEILLE.
SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES	
Physique	SIGALAS.
Chimie et Toxicologie	DENIGES.
Pharmacie	BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique int. des enf.	MM. MOUSSOUS	Maladies mentales	MM. RÉGIS.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DUBREUILH	Pathologie externe	DENUCE
Cliniq. des maladies des voies urin.	POUSSON	Accouchements	RIVIÈRE
Mal. du larynx, des oreilles et du nez	MOURE	Chimie	DENIGÈS

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA FAMILLE

AUX PERSONNES QUI ME SONT CHÈRES

A MES AMIS

A MES MAITRES

A MES CAMARADES

DU CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE ET DES COLONIES

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR DEMONS

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

DE BORDEAUX

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

INTRODUCTION

Dans le courant de notre dernière année d'études médicales, nous avons vu, couchés dans une des salles de clinique chirurgicale de M. le professeur Demons, trois hommes atteints : les deux premiers, d'un rétrécissement cancéreux de l'œsophage; le troisième, d'un rétrécissement cicatriciel. Le rétrécissement étant devenu infranchissable et l'alimentation ne pouvant plus se faire par les voies naturelles, on a pratiqué sur les trois malades une opération chirurgicale, qui s'appelle la gastrostomie, et qui consiste à créer, à travers les parois de l'abdomen, une bouche stomacale permanente. Le résultat opératoire a été parfait et l'on n'a pas eu à déplorer l'inconvénient capital de cette opération, c'est-à-dire l'écoulement du contenu de l'estomac par la bouche artificielle. Ce succès a été obtenu, grâce à un procédé spécial, qui fut d'abord employé par Ssabanejew, d'Odessa, par Frank, de Vienne, et en France, par notre maître, M. le professeur Villar.

Nous nous sommes proposé d'étudier dans notre thèse inaugurale le manuel opératoire de ce procédé et nous avons essayé d'en dégager la valeur relative, par rapport aux autres méthodes de gastrostomie, sans nous inquiéter de la valeur de la gastrostomie elle-même, relativement aux autres modes d'intervention pour les rétrécissements de l'œsophage, tels que : le cathétérisme, l'œsophagotomie interne et l'œsophagotomie externe.

Notre travail se divise en sept chapitres :

Dans le premier, nous donnons un aperçu historique des divers procédés de gastrostomie.

Dans le second, nous faisons une étude critique de ces procédés.

Dans le troisième, nous exposons la technique opératoire du procédé de Ssabanejew-Frank-Villar.

Dans le quatrième, nous faisons ressortir les avantages de ce procédé.

Dans le cinquième, nous montrons le peu de valeur des reproches qu'on lui a adressés.

Le sixième comprend les observations.

Enfin, nous terminons par nos conclusions, dans le septième et dernier chapitre.

Avant de commencer, c'est pour nous un devoir et aussi un plaisir d'adresser nos remerciements à M. le docteur Chavannaz, chef de clinique chirurgicale, à qui nous devons l'idée de ce sujet, qui nous a aidé de ses conseils et mis à notre disposition les observations des trois malades dont nous avons parlé.

Nous remercions également M. le professeur Villar, qui a bien voulu nous communiquer l'observation du premier malade, qui a été opéré en France par le procédé que nous étudions.

Enfin, nous prions notre maître éminent, M. le professeur Demons, de vouloir bien agréer l'hommage de notre profonde gratitude pour le haut enseignement qu'il nous a donné et pour l'honneur qu'il nous fait aujourd'hui en acceptant la présidence de notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

L'idée première de la gastrostomie revient à un chirurgien militaire norwégien, *Ch. A. Egebert*, qui, en 1837, à l'occasion d'un rétrécissement infranchissable de l'œsophage, se demande si l'on ne pourrait pas créer une voie directe et permanente pour l'introduction des aliments. Il propose le manuel opératoire d'une opération qu'il ne pratique pas du reste et qu'il appelle gastrotomie. En réalité, c'est la gastrostomie telle que nous la comprenons aujourd'hui : Incision de la paroi abdominale au niveau de l'estomac, fixation de celui-ci à l'abdomen par quelques points de suture. Deux ou trois jours après, lorsque les adhérences se sont établies, création de la bouche stomacale.

En 1841 *Blondlot*, en France, pratique la gastrostomie sur deux chiens avec un succès complet.

Après avoir incisé la paroi abdominale il fixe l'estomac à l'abdomen par un fil d'argent qu'il tord sur un billot de bois. Le fil produit une eschare de la paroi stomacale comprise dans son anse. Il tombe au bout de quelques jours et la fistule gastrique est établie.

En 1847 la *Lancette Française* publie un travail de *Petel* intitulé « De la gastrostomie ; appréciation de cette opération. » Dans un cas de rétrécissement cancéreux de l'œsophage devenu infranchissable, l'auteur propose de créer une bouche stomacale après avoir préalablement établi des adhérences entre l'estomac et l'abdomen au moyen d'une grande aiguille courbe qui pénétrerait directement dans l'estomac à travers la paroi abdominale.

C'est en 1849 que la gastrostomie est faite pour la première fois chez l'homme et c'est à un chirurgien français, *Sédillot*, que revient la priorité de cette opération.

Rétrécissement cancéreux de l'œsophage. Débilité extrême.

Incision cruciale des parois abdominale et stomacale. Fixation de l'estomac à l'abdomen par une canule à larges rebords.

Mort survenue le lendemain matin.

En 1853, *Sédillot* pratique la deuxième gastrostomie pour un rétrécissement cancéreux. Fixation de l'estomac à l'abdomen par quelques points de suture.

Mort survenue le dixième jour par péritonite.

La même année *Fenger* emploie chez un cancéreux dont l'œsophage est infranchissable, le procédé suivant :

Incision le long du bord des fausses côtes gauches, depuis la pointe du sternum jusqu'au huitième cartilage.

Fixation de l'estomac à l'abdomen par quelques points de suture.

Quelques jours après, établissement de la bouche stomacale dans laquelle on fixe une sonde à demeure.

En 1865, *Arthur Bar* propose d'arriver directement sur l'estomac, sans faire d'incision abdominale, au moyen d'un trocart muni à son extrémité de griffes qui se redressent lorsqu'on retire la canule.

En 1876, *Verneuil* applique à la gastrostomie la nouvelle méthode antiseptique. Son procédé est à peu près semblable à celui de *Fenger* avec cette différence toutefois que l'extrémité inférieure de l'incision tombe sur une ligne transversale unissant les neuvièmes côtes et qu'après l'opération la paroi abdominale est immobilisée à l'aide d'une couche épaisse de collodion.

En 1877, *Schœnborn*, de Kœnigsberg, conseille dans le but d'atteindre plus facilement l'estomac de pratiquer la gastrostomie à une époque où l'on peut encore passer à travers le rétrécissement une sonde munie à son extrémité d'un ballon de caoutchouc qui est destiné à appliquer l'estomac contre la paroi abdominale.

En 1890, *Hahn* publie un procédé qui consiste à saisir l'estomac à travers l'incision abdominale classique et à le fixer aux bords d'une deuxième incision que l'on pratique dans le huitième espace intercostal ; ce dernier doit jouer le rôle de sphincter.

En 1891, le docteur *Tillier* expose dans sa thèse inaugurale le procédé employé par son maître le professeur *Poncet*, de Lyon, et qui présente la particularité suivante :

L'incision faite à la paroi de l'estomac, après la formation d'adhérences entre ce viscère et l'abdomen, est toute petite. L'auteur pense pouvoir ainsi éviter la sortie du contenu stomacal.

En 1891, aussi, *Witzel* fait connaître une technique opératoire qui présente plusieurs points spéciaux :

1° La division des muscles droit et transverse selon la direction de leurs fibres.

2° Une incision oblique dans l'épaisseur de la paroi stomacale.

3° La fixation d'un tube en caoutchouc dans un canal formé par deux replis stomacaux.

Pendant ces dernières années de nombreuses méthodes de gastrostomie ont été inventées.

Nous citerons, en première ligne, le procédé de *Terrier* dans lequel la paroi du trajet fistuleux est constituée par la muqueuse d'un pli stomacal que l'on attire dans l'incision abdominale et que l'on ouvre à son sommet. On a soin de suturer ensemble les lèvres cutanées et les lèvres stomacales, les sutures devant comprendre toute l'épaisseur de la paroi stomacale.

Le procédé de *Périer* ne diffère du précédent qu'en ce que l'ouverture de l'estomac est faite à l'aide du thermo-cautère deux jours après l'établissement d'adhérences entre cet organe et l'abdomen. *Périer* met en outre une sonde à demeure.

Von Hacker emploie un procédé à peu près analogue à celui de Poncet; mais l'incision est faite verticale et à un centimètre de la ligne médiane, le muscle droit est divisé selon la direction de ses fibres. On met une sonde à demeure.

Léon Pénières obtient en plissant la muqueuse stomacale une valvule qui ferme d'elle-même la fistule gastrique.

Ullmann arrive à la fermeture de cette fistule par la torsion d'un pli stomacal de même que dans le procédé de Gersuny on tord l'urèthre sur son arc pour arrêter l'incontinence d'urine.

Stamm met à demeure un tube de caoutchouc passé à frottement à travers deux sphincters formés par la paroi stomacale elle-même.

CHAPITRE II

Etude critique de ces procédés

Ainsi que nous l'avons vu parmi tous ces procédés, il y en a deux, celui de *Petel* et celui d'*Arthur Bar*, dans lesquels on arrive directement sur l'estomac avec une aiguille courbe ou un trocart. Quel que soit le soin que l'on apporte à déterminer les rapports de l'estomac et de la paroi abdominale, on n'est jamais suffisamment sûr de ne pas faire fausse route et de ne pas plonger ces instruments dans une anse intestinale.

L'erreur pourrait entraîner immédiatement de graves complications; en tout cas, quelle ne serait pas la déception du chirurgien, si au moment où il croirait avoir pratiqué une bouche à l'estomac, il s'apercevait qu'il vient d'établir une fistule intestinale.

Mais si nous considérons ces deux procédés comme dangereux, nous regardons comme exagérée, la précaution prise par Schœnborn pour atteindre l'estomac plus facilement. D'ailleurs, le procédé de Schœnborn présente un double inconvénient; si on opère le malade au moment où la sonde, munie à son extrémité d'un ballon en caoutchouc, peut encore traverser le rétrécissement, on fait à ce malade une

bouche stomacale dont on aurait pu lui éviter tous les désagréments au moins pendant quelque temps encore. D'un autre côté, si l'on attend un peu trop longtemps ce procédé est impraticable. Donc là où il pourrait être employé, il est inutile, et là où il serait avantageux il est impossible à exécuter.

La fixation de l'estomac à l'abdomen fut insuffisante dans les procédés de *Sédillot*. Dans le premier cas ce chirurgien avait essayé de l'obtenir en plaçant dans la fistule une canule munie de larges rebords ; mais l'estomac rentra dans le ventre entraînant la canule avec lui. La mort survint le lendemain. Dans le deuxième cas, les points de suture qui unissaient l'estomac à la paroi abdominale étaient trop peu nombreux et trop peu solides ; cette fois encore l'estomac rentra dans le ventre. Il n'y eut pas d'infection immédiate mais la plaie devint ulcéreuse ; il y eut péritonite et mort consécutive le dixième jour.

Au point de vue du moment auquel on pratique l'ouverture de l'estomac, les procédés de gastrostomie se divisent en deux grandes catégories.

La création de la fistule gastrique et la fixation de l'estomac à l'abdomen ne font dans les uns qu'une seule opération, ce sont les procédés à un temps (*Witzel*, *Terrier*, etc.) ; et constituent dans les autres deux opérations séparées au moins par deux ou trois jours d'intervalle. Ce sont les procédés à deux temps. (*Verneuil*. *Poncet*, *Stamm*, etc.)

De ces deux procédés, à un temps et à deux temps, quel est celui qui présente le plus d'avantages ?

Telle est la question que se sont posée de tout temps les chirurgiens qui se sont occupés de la gastrostomie. De nos jours encore elle est loin d'être définitivement tranchée et bien que l'opinion générale soit plutôt portée vers la gastrostomie à

un seul temps, l'une et l'autre méthodes ont des partisans également compétents.

La crainte de voir le contenu de l'estomac couler dans la cavité péritonéale, à travers la bouche stomacale, devait pousser les premiers chirurgiens qui ont étudié cette opération à établir tout d'abord des adhérences entre l'estomac et la paroi de l'abdomen. C'est en effet ce que conseillèrent *Egebert*, *Blondlot* et *Petel*. *Sédillot* qui, cependant, avait pratiqué des gastrostomies sur des chiens en se conformant aux préceptes de *Blondlot* appliqua chez ses deux malades le procédé à un temps. Il n'eut pas à se féliciter de son innovation et les résultats déplorables qu'il obtint n'étaient pas encourageants. Aussi pendant longtemps s'en est-on tenu exclusivement à la méthode à deux temps.

Dans cette dernière, l'ouverture de l'estomac est une opération très peu dangereuse pour ne pas dire inoffensive, et l'on est sûr, si les liquides contenus dans l'estomac viennent à sortir par la bouche artificielle, qu'ils ne se répandront pas dans la cavité péritonéale. De plus, comme l'ont fait remarquer *Poncet* et *Monod,* lorsqu'on a pratiqué la gastropexie, on peut attendre pour exécuter la seconde opération qu'elle soit d'une absolue nécessité, et l'on évite ainsi au malade, pendant plus ou moins longtemps, les inconvénients d'une fistule gastrique.

Quelques chirurgiens ont même cru un moment que la gastropexie avait une action bienfaisante sur le rétrécissement de l'œsophage. Que, dans quelques cas, on ait constaté, après cette opération, une amélioration dans le passage des aliments, cela ne saurait nous étonner ; nous savons en effet que, dans les rétrécissements de l'œsophage, l'élément spasme peut intervenir comme facteur plus ou moins important, et que ce spasme peut cesser du fait de la gastropexie.

Mais nous ne pensons pas que l'on puisse généraliser, et *M. Monod* lui-même, qui est un des partisans les plus convaincus de la gastrostomie en deux temps, a, dans une séance de la Société de chirurgie, nié l'avantage qu'on attribuait à sa méthode pour ce qui touche la valeur palliative de la gastropexie.

La faculté de pouvoir créer une bouche stomacale sans avoir à craindre de complication immédiate est-elle spéciale au procédé à deux temps?

Nous ne le pensons pas.

Avec toutes les précautions antiseptiques dont on peut s'entourer aujourd'hui, si l'on a soin de suturer solidement l'estomac à l'abdomen, l'expérience démontre qu'on peut impunément pratiquer la gastrostomie et la gastropexie dans une même opération.

Quant à la possibilité pour le malade de vivre sans avoir les ennuis d'une bouche artificielle jusqu'au jour où il ne peut plus rien avaler, ellle nous paraît être pour le procédé à deux temps un avantage bien illusoire. De deux choses l'une : l'établissement de la fistule gastrique apparaît au chirurgien comme nécessaire dans un temps relativement éloigné ou bien comme indispensable dans un très bref délai.

Dans le premier cas, pourquoi faire courir au malade les risques d'une opération telle que la gastropexie, qui, si inoffensive qu'elle soit, peut quelquefois, comme toutes les opérations, du reste, devenir dangereuse? Ce malade qui est atteint d'un rétrécissement de l'œsophage est-on bien sûr au moment où on lui pratique la gastropexie qu'il ne mourra pas de cachexie cancéreuse ou de toute autre maladie avant que son rétrécissement n'ait eu le temps de devenir infranchissable ?

Dans le second cas, si le malade maigrit par insuffisance d'alimentation, pourquoi le laisser s'affaiblir davantage, pourquoi ne pas le faire bénéficier tout de suite d'une bouche stomacale qui lui permettra de se nourrir plus complètement, ce qui pourra peut-être ralentir la marche du cancer, celui-ci n'étant plus irrité par le passage des aliments.

S'il est des circonstances où l'on peut hésiter entre les deux procédés, il y en a où l'on doit alimenter immédiatement le malade sous peine de le voir mourir de faim et où la méthode à un seul temps est absolument de rigueur.

Ainsi le procédé à un seul temps présente autant de garanties que celui à deux temps; de plus, il permet ou bien d'éviter au malade pendant un certain temps l'ennui d'une gastropexie, ou bien d'arrêter le dépérissement qui résulte du défaut d'alimentation. Dans certains cas, c'est un procédé de rigueur. Pour toutes ces raisons, le procédé à un temps qui ne comporte qu'une seule opération au lieu de deux nous paraît de beaucoup supérieur au procédé à deux temps.

Il est un obstacle auquel se sont butés tous les procédés de gastrostomie : c'est l'impossibilité d'empêcher le contenu stomacal de refluer par la bouche artificielle.

Or une fistule gastrique qui permet la régurgitation des liquides présente de graves inconvénients.

D'abord si les aliments s'échappent à l'extérieur au lieu de passer dans l'intestin la gastrostomie devient inutile puisque son but est de permettre de nourrir le malade.

Puis le liquide stomacal venant continuellement baigner les plaies stomacale et abdominale peut infecter ces plaies. L'infection peut se propager au péritoine et déterminer des péritonites toujours sérieuses. La peau de la région opératoire, sous l'action de l'humidité est irritée et devient le siège

d'une gêne considérable. Ces complications se produisent d'autant plus facilement que le suc gastrique détermine des ulcérations sur toutes les parties qui sont en contact avec lui. Aussitôt qu'il a franchi la limite de la muqueuse stomacale il rencontre des éléments anatomiques susceptibles d'être digérés. La séreuse viscérale et pariétale, le tissu conjonctif sus et sous-séreux, toute la paroi abdominale qui limite le conduit fistuleux, la peau de l'abdomen sur laquelle se déverse le contenu stomacal subissent l'action destructive du suc gastrique. Il se forme des ulcérations partout et l'infection trouve facilement une porte d'entrée. Le calibre du trajet fistuleux s'agrandit de plus en plus et en s'agrandissant rend encore plus facile la régurgitation.

Pour le malade ce sont des douleurs très vives sur toute la région intéressée.

Aucun pansement, aucun topique ainsi que l'expérience l'a démontré, ne peut empêcher le suc gastrique de produire ces désastres. On a essayé le bicarbonate de soude, la magnésie, rien ne réussit; toutes ces poudres ne servent qu'à former une bouillie répugnante répandue sur le ventre du malade. On a songé à protéger la peau de l'abdomen par une couche de collodion, mais le collodion, outre la gêne qu'il occasionne, ne résiste pas longtemps à l'action de l'humidité.

Il faut donc éviter, autant que possible, le reflux par la bouche artificielle des liquides contenus dans l'estomac.

A ce point de vue, les divers procédés de gastrostomie se divisent encore en deux grandes classes :

Dans la première, nous comprenons ceux qui cherchent à obtenir la fermeture complète de la fistule par la mise à demeure d'un obturateur ou d'une sonde.

Dans la seconde, nous faisons entrer les procédés, tous récents, qui n'ont recours à aucun appareil et qui donnent à

la fistule une disposition particulière, lui permettant de se fermer d'elle-même.

On peut, tout d'abord, faire aux premiers un reproche général. Le contact permanent d'un appareil et de la muqueuse stomacale est susceptible de causer l'irritation et même l'infection de cette muqueuse; l'irritation est d'autant plus grande, que le contact est plus intime, que la fermeture est plus complète.

Un autre inconvénient de ces procédés, et qui est presque aussi général que le précédent, c'est de laisser les liquides passer entre l'obturateur ou la sonde et la paroi du conduit fistuleux. Le suc gastrique ronge pour ainsi dire les bords de la bouche artificielle qui va toujours en s'élargissant et qui exige ainsi des sondes de plus en plus volumineuses. On a remédié en partie à ces désagréments, en plaçant dans l'incision stomacale un tube qui passe à frottement; mais si la régurgitation est diminuée, elle n'est pas supprimée complètement. Il convient ici de rappeler l'artifice employé dans deux procédés, celui de *Witzel* et celui de *Stamm* pour réduire à son minimum la sortie du contenu stomacal.

Witzel fait à l'estomac une petite incision horizontale qui comprend la séreuse et la musculeuse; puis il décolle la musculeuse de la muqueuse et pratique sur cette dernière une incision parallèle à la première, mais située un peu plus bas.

La sonde pénètre dans l'estomac, non plus perpendiculairement comme dans la plupart des procédés, mais très obliquement par rapport à la paroi stomacale. Les portions de muqueuse et de séro-musculeuse qui ont été séparées, ayant tendance à s'accoler l'une à l'autre, pressent contre le tube de caoutchouc et empêchent ainsi les liquides de s'échapper au dehors. Le tube est maintenu dans cette position oblique

par un canal qui est constitué par les deux replis stomacaux et qu'il traverse avant de pénétrer dans l'estomac. L'incision abdominale est faite selon la direction des fibres musculaires du grand droit et du transverse, lesquelles jouent le rôle d'un double sphincter.

Stamm cherche à obtenir l'adossement parfait des parois du conduit fistuleux et de la sonde en opérant comme il suit : A l'endroit où il se propose de pratiquer la fistule stomacale, il fait une toute petite incision comprenant seulement la séreuse. Puis, autour de ce point comme centre et à une distance d'environ un pouce, il fait une suture circulaire avec un seul fil qu'il dispose comme le cordon d'une bourse ou d'une blague à tabac ; cette suture ne comprend que la séreuse et la musculeuse. Il termine alors l'incision commencée et il la fait assez petite pour qu'elle admette à frottement un tube nº 15. Il tire sur les deux extrémités du fil comme pour fermer une bourse et il en résulte deux sphincters qui enserrent la sonde mise à demeure.

La régurgitation est-elle complètement évitée dans les gastrostomies faites selon l'une ou l'autre de ces deux méthodes ? Nous n'oserions l'affirmer. En tout cas celle de *Witzel* ne paraît pas très facile à exécuter. La dissection de la muqueuse, la construction du canal séreux rendent cette opération délicate.

Quant à celle de *Stamm* quelque ingénieuse qu'elle soit, on peut lui faire le reproche suivant : aucune disposition spéciale n'empêche les liquides de franchir le sphincter interne ; et lorsque le suc gastrique arrive au contact de la séreuse il peut l'ulcérer et rendre inefficace l'action du sphincter externe.

A côté de tous ces procédés qui mettent à demeure un obturateur ou une sonde, il y en a d'autres, ainsi que nous l'avons vu, qui ont pour but la fermeture spontanée de la bouche stomacale.

Parmi ces derniers nous citerons en première ligne celui de *Hahn* dans lequel la fistule gastrique est établie à un niveau élevé et dans lequel les cartilages des huitième et neuvième côtes y jouent le rôle de sphincter ; mais par ce procédé la sortie des liquides n'est pas empêchée, du moins au bout de quelque temps.

Elle l'est plus souvent par le procédé de *Poncet* dans lequel l'incision est faite à l'aide d'un ténotome très fin ou d'un couteau à cataracte. Le procédé de *Terrier* épargne la paroi du trajet fistuleux qui est constituée par la muqueuse stomacale elle-même laquelle est en état de résister au suc gastrique, mais il n'évite pas toujours le reflux du contenu stomacal.

Ulmann a voulu remédier à cet inconvénient en s'inspirant du procédé de *Gersuny* pour l'incontinence d'urine et en ajoutant à l'action sphinctérienne du muscle droit l'action exercée par la torsion sur son axe du pli stomacal attiré dans la plaie. C'est le mode de fermeture de certaines blagues à tabac. Les observations manquent pour démontrer que le résultat cherché est obtenu.

En résumé, il ressort nettement de l'étude critique des divers procédés de gastrostomie, que :

1° Quelques-uns arrivent sur l'estomac par une méthode dangereuse ;

2° Dans d'autres, la fixation de l'estomac à l'abdomen n'est pas suffisante pour maintenir l'incision stomacale au niveau de l'incision abdominale ;

3° Beaucoup sont des procédés lents et exigent deux opérations alors que la méthode à un temps est tout aussi sûre et plus avantageuse pour le chirurgien et pour le malade ;

4° Pas un ne permet d'éviter sûrement la régurgitation des aliments et du suc gastrique.

CHAPITRE III

Manuel opératoire du procédé Ssabanejew-Frank-Villar

C'est à *Ssabanejew*, d'Odessa, que revient l'honneur d'avoir le premier inventé et appliqué ce procédé.

Le 15 septembre 1890, *Ssabanejew* a fait, à la Société de médecine d'Odessa, une communication sur quatre malades atteints de cancer de l'œsophage et auxquels il avait pratiqué la gastrostomie, telle que nous la verrons plus loin.

Frank, de Vienne, a pratiqué, le 23 novembre 1892, la gastrostomie en suivant une technique opératoire à peu près semblable de tout points à celle de *Ssabanejew*. C'était une seconde invention, puisque *Frank*, dit-on, ne connaissait pas la communication du chirurgien d'Odessa.

Quoi qu'il en soit, ce procédé était inconnu en France, lorsque M. le professeur *Villar* fit part, à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, d'un travail dans lequel il exposait le manuel opératoire qu'il avait appliqué sur un de ses malades et dont il faisait nettement ressortir les avantages.

Son procédé, qui est à peu près la reproduction de celui de *Frank*, est cependant plus complet au point de vue des sutures.

C'est ce procédé, tel qu'il a été exécuté sur le malade de M. le professeur *Villar,* et sur les trois malades que nous avons connus, que nous allons exposer, en faisant remarquer aux divers temps de l'opération les différences qui le séparent des procédés de *Ssabanejew* et de *Frank*.

Dans un premier temps on fait, parallèlement au rebord costal gauche et à 1 cent. 1/2 environ de ce rebord, une incision qui comprend la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, la couche musculo-aponévrotique et le péritoine pariétal. Il est à noter que l'on ne se soucie nullement de la direction des fibres musculaires, alors que *Frank* a soin de diviser le muscle grand droit parallèlement à ses fibres, afin de faire jouer plus tard à cette ouverture musculaire le rôle d'un sphincter.

Lorsqu'on est ainsi arrivé dans la cavité péritonéale on va à la recherche de l'estomac que l'on est sûr de trouver sous le lobe gauche du foie. On le saisit avec une pince à hystéropexie et on l'attire à l'extérieur, à travers la paroi abdominale, jusqu'à ce que la partie située en dehors présente une longueur d'environ deux travers de doigt. On procède alors à la fixation de l'estomac à l'abdomen par six points de suture, en ayant soin de ne pas intéresser la muqueuse stomacale. Du côté de la paroi abdominale on comprend, dans les sutures, le péritoine pariétal et une partie de la couche musculo-aponévrotique. *Ssabanejew* et *Frank* ne suturent l'estomac qu'au péritoine pariétal, mais cette suture peut être insuffisante, ainsi qu'il est arrivé dans une opération de *Meyer* (Observation VIII).

On a alors un pli stomacal qui est extra-péritonéal. A ce moment on fait sur la paroi costale, à deux travers de doigt environ de la première incision, une deuxième incision qui est parallèle à la première, mais moins étendue qu'elle.

Cette deuxième incision ne comprend que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. On décolle la peau qui sépare les deux incisions et l'on obtient un pont cutané, sous lequel on fait passer le pli stomacal dont on fixe le sommet à la petite incision.

Mais tandis que *Frank* et *Ssabanejew* se contentent d'une seule rangée de points de suture, M. le professeur *Villar*, après avoir pratiqué l'ouverture stomacale et après avoir éversé la muqueuse, comme le fait *Terrier*, place un second étage de points de suture qui unissent les lèvres de l'incision cutanée aux lèvres de l'incision stomacale.

Si l'ouverture abdominale est trop grande, on la rétrécit par des sutures musculo-aponévrotiques ; puis on ferme la plaie cutanée par quelques sutures au crin de Florence.

L'opération est terminée ; on peut nourrir le malade par sa bouche artificielle, au moyen d'un tube en caoutchouc que l'on retire après chaque repas et qu'on ne laisse pas à demeure, ainsi que le fait *Ssabanejew*.

« D'après cette description, on voit qu'il existe un canal entre l'estomac et la bouche artificielle. De plus, l'estomac est resserré au niveau de la paroi musculo-aponévrotique ; de sorte qu'on refait au malade : *a* une bouche, *b* un œsophage, *c* un cardia. On refait artificiellement des parties qui chez un rétréci de l'œsophage n'étaient d'aucune utilité au point de vue de l'alimentation. » (*Villar*).

Avant d'en finir avec le manuel opératoire du procédé *Ssabanejew-Frank-Villar*, nous noterons que *Jaboulay* emploie un procédé qui lui est absolument identique, si ce n'est que les incisions sont verticales, la seconde se trouvant sur la ligne médiane, et que le tunnel sous-cutané est horizontal.

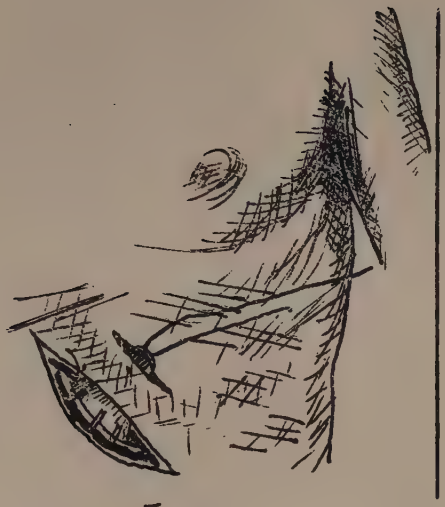

Fig. 1.

Fig. 2.

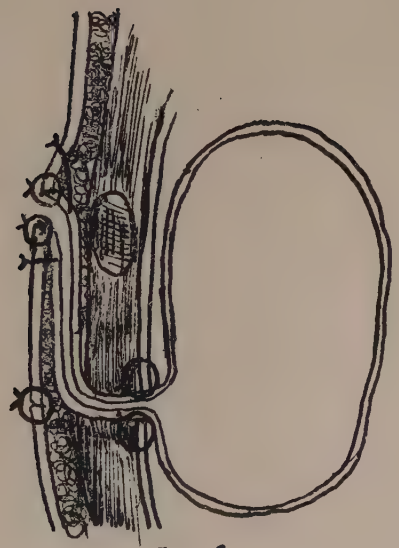

Fig. 3

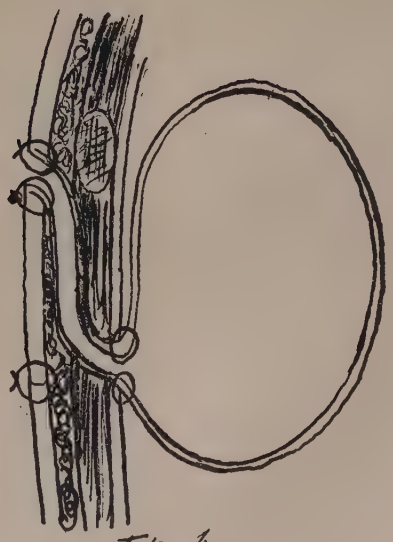

Fig. 4.

Explication des Figures.

La figure 1 montre le passage du pli stomacal sous le pont cutané.

La figure 2 montre les résultats de l'opération terminée.

La figure 3 représente une coupe perpendiculaire à la surface cutanée et passant par le milieu des deux incisions; elle montre les sutures dans le procédé de *Villar*.

La figure 4 montre les sutures dans le procédé de *Ssabanejew-Frank*.

CHAPITRE IV

Avantages de ce procédé.

Quels sont les avantages de ce procédé ?

L'incision faite le long du rebord costal gauche depuis la pointe du sternum jusqu'à la rencontre d'une ligne unissant les neuvièmes côtes, lui est commune avec beaucoup d'autres procédés; elle a été déterminée selon les indications de *Labbé* et permet de tomber très facilement sur l'estomac. Dans aucune des observations que nous connaissons, il n'y a eu la moindre difficulté pour trouver cet organe. Lorsque la cavité péritonéale est ouverte, on n'a qu'à suivre la face inférieure du lobe gauche du foie. Sur le malade opéré par M. le docteur Chavannaz, ce dernier se présentait au niveau de l'incision abdominale.

Au point de vue de la fixation de l'estomac à l'abdomen, le procédé que nous avons exposé offre toutes les garanties désirables. Trois étages de sutures dont quelques-unes comprennent une partie de la couche musculo-aponévrotique de la paroi abdominale sont tout à fait suffisants pour maintenir solidement l'estomac dans sa nouvelle position.

C'est un procédé à un temps et, comparés à lui, les procé-

dés à deux temps ont toute sorte d'inconvénients sans avoir aucun avantage. Comme la plaie reste étanche, comme le champ opératoire est tout à fait extra-péritonéal, il permet de gastrostomiser un malade sans lui faire courir plus de dangers qu'une simple gastropexie. Pourquoi donc ferait-on à ce malade deux opérations au lieu d'une?

Mais c'est dans l'empêchement qu'il apporte à la sortie du contenu stomacal par la fistule gastrique que ce procédé se montre de beaucoup supérieur à tous les autres.

Le rétrécissement qui existe à la base du pli stomacal, l'aplatissement du conduit fistuleux au niveau où il se recourbe à angle droit, la pression exercée par le pont cutané du fait de la cicatrisation sont autant d'obstacles qui s'opposent à l'issue des liquides. Parmi toutes les observations que nous publions il n'y en a qu'une (Obs. VIII) où l'on n'ait pas pu éviter cet inconvénient. Mais le contraire eût été étonnant étant données les circonstances dans lesquelles le malade fut opéré; étant donné surtout que l'estomac avait été suturé au péritoine pariétal seulement. La traction avait porté sur l'incision supérieure, la courbure avait été détruite et le contenu stomacal avait pu s'échapper au dehors.

A part ce cas malheureux, la bouche artificielle et la peau de toute la région opératoire sont toujours restées sèches, n'ont jamais présenté la moindre excoriation.

N'est-ce pas là un avantage considérable sur tous les autres procédés dont aucun, même au moyen d'appareils variés, ne donne de semblables résultats?

CHAPITRE V

Reproches faits à ce procédé.

Quels que soient les avantages présentés par ce procédé on lui a fait à la Société de chirurgie les reproches suivants:

1° D'être trop compliqué;

2° D'être trop long;

3° De n'être applicable que dans le cas de rétrécissement cancéreux;

4° D'être souvent impraticable à cause de la rétraction de l'estomac.

Qu'on lui reproche d'être compliqué cela ne saurait nous étonner, car, d'après l'expression même de M. le professeur *Villar*, au moyen de ce procédé, on refait au malade une bouche, un œsophage, un cardia. Or, le manuel opératoire de certains procédés qui n'ont en vue que la création d'une bouche artificielle n'est déjà pas des plus simples ainsi que nous l'avons vu. Que ne peut-on donc pas dire d'une méthode par laquelle on se propose de refaire, ne serait-ce qu'en miniature, toute la partie supérieure du tube digestif. Mais si l'on ne s'en tient pas au pied de la lettre et si l'on cherche à se rendre compte de ce qui est la réalité, on

s'aperçoit bien vite que ce reproche est un peu superficiel. Il est bien vrai que l'ouverture faite au sommet du pli stomacal fait fonction d'une bouche, que la partie sous-cutanée du trajet fistuleux représente un œsophage et que la base du pli stomacal, comprise dans la paroi musculo-aponévrotique joue le rôle d'un cardia ; mais peut-on raisonnablement conclure de la complexité des résultats à la complication des moyens employés ? Et pour ne parler que du procédé classique en France, le procédé de *Terrier* (nous mettons à part le procédé de *Poncet* qui est un procédé à deux temps), est-il donc bien plus simple que celui qui nous occupe ? Le pli stomacal qui fait hernie dans l'incision abdominale leur est commun à tous les deux. La fixation de l'estomac à l'abdomen se fait de la même façon dans l'un et dans l'autre. Il n'y a à faire en plus dans le procédé *Ssabanejew-Frank-Villar* qu'une petite incision cutanée, le décollement d'un lambeau de peau, et deux ou trois points de suture superficiels destinés à fermer complètement l'incision inférieure. Il n'y a pas là, il nous semble, de quoi qualifier de trop compliqué un procédé qui par un artifice insignifiant, au point de vue opératoire, permet d'obtenir un résultat fonctionnel parfait.

Le reproche qu'on a fait à ce même procédé d'être trop long n'est pas mieux fondé que le précédent. *A priori*, et toujours en le comparant au procédé de Terrier, on ne voit pas comment une incision cutanée de 2 centimètres, le décollement d'un petit lambeau de peau, et la fermeture complète de l'incision inférieure (laquelle, n'exige ainsi que nous l'avons déjà dit, que quelques points de suture supplémentaires) pourraient demander un temps si considérable que la méthode dût en être condamnée. Quelques minutes nous semblent suffisantes pour exécuter ces temps opératoires. La moyenne du temps nécessaire pour le procédé classique est

de quinze à seize minutes d'après les chirurgiens même qui ont reproché au procédé de *Ssabanejew-Frank-Villar* d'être trop long. Or, nous n'avons pas de renseignements sur la durée de toutes les gastrostomies dont nous publions l'observation, mais pour ce qui est du cas de M. le professeur *Villar* et des trois cas que nous avons vus, elle a varié de dix-huit à trente minutes.

M. le professeur *Villar* a mis une demi-heure.

M. le professeur *Demons* a mis dans un cas dix-huit minutes, et dans un second cas vingt-cinq minutes.

M. le docteur *Chavannaz* a mis vingt minutes. Il est à noter que c'était la première fois que ces chirurgiens employaient ce procédé ; on ne peut donc pas objecter que l'habitude est intervenue pour abréger la durée de l'opération.

Le procédé *Ssabanejew-Frank-Villar* n'est-il applicable que dans le cas de rétrécissement cancéreux? *Frank* et quelques autres chirurgiens le déconseillent dans le cas de rétrécissement cicatriciel où la fistule gastrique n'est que provisoire. *Ssabanejew* et notre professeur *M. Villar* le préconisent au contraire dans tous les cas de rétrécissement de l'œsophage, que ce rétrécissement soit cancéreux ou cicatriciel. L'opinion des premiers est basée sur cette idée que la fermeture de la bouche stomacale doit être très difficile à obtenir. D'après eux les sécrétions de la muqueuse qui constitue la paroi interne du trajet fistuleux ne pouvant pas se rendre dans l'estomac seraient obligées de sortir par l'orifice externe et empêcheraient ainsi la cicatrisation de cet orifice malgré toutes les précautions prises pour l'obtenir.

Mais il est un moyen d'obvier à cet inconvénient : c'est la résection du pli stomacal au niveau de l'incision inférieure. On se place ainsi dans les conditions d'une fistule gastrique ordinaire et il n'y a plus de raison pour que l'on n'obtienne

pas facilement la fermeture complète. Cette résection n'a pas encore été faite sur le malade ; mais l'homme qui a été opéré pour rétrécissement cicatriciel par M. le professeur *Demons* doit bientôt rentrer dans le service de notre maître qui se propose de lui réséquer la partie sous-cutanée du trajet fistuleux.

Mais si l'on peut facilement tarir la fistule gastrique comme dans les autres procédés, celui de *Ssabanejew-Franck-Villar* peut présenter un inconvénient assez sérieux dans quelques cas de rétrécissement cicatriciel où l'on veut faire le cathétérisme rétrograde. Etant donnée la direction même et la configuration du trajet fistuleux obtenu par cette méthode, il nous paraît très difficile sinon impossible de pouvoir faire passer dans le cardia un cathéter qui doit aller dilater le rétrécissement.

D'après certains chirurgiens, au moment où l'on intervient pour un rétrécissement infranchissable de l'œsophage, l'estomac serait tellement atrophié, tellement ratatiné, qu'il serait impossible d'en attirer un pli suffisamment grand pour être fixé au niveau de l'incision supérieure. Mais si nous parcourons les quelques observations que nous publions nous voyons que presque toujours le pli stomacal a pu être attiré dans le pont cutané sans que l'on ait été obligé d'exercer sur l'estomac des tiraillements trop considérables. Une fois seulement, dans le cas de *Meyer*, dont nous avons déjà parlé, on eut beaucoup de peine à attirer l'estomac au dehors. Mais il s'agissait d'un enfant chez lequel il y avait des adhérences entre l'estomac et l'abdomen du fait d'une première gastrostomie qui avait déjà été pratiquée selon le procédé de *Von Hacker*. Et encore dans ce cas nous croyons que le mauvais résultat obtenu a été dû, en partie tout au moins, à ce que la base du pli avait été suturée au péritoine pariétal, selon la méthode de *Ssabanejew* et de *Franck*.

Ainsi donc, si nous nous en rapportons aux observations que nous connaissons, l'établissement du tunnel sous-cutané a toujours été possible. Nous ne voudrions pas généraliser et prétendre qu'il en sera de même dans tous les cas; mais comme en fixant solidement l'estomac à la paroi abdominale on pourrait, il nous semble, réduire encore la largeur du pont cutané, les cas dans lesquels la rétraction de l'estomac serait assez accusée pour rendre impraticable le procédé *Ssabanejew-Frank-Villar* doivent être exceptionnels.

CHAPITRE VI

OBSERVATIONS

Observation de Ssabanejew.

Ssabanejew a pratiqué quatre fois la gastrostomie selon son procédé. La survie a varié de quatre jours à deux mois. Dans deux cas, l'autopsie a permis de constater la fixation complète du pli stomacal dans sa nouvelle position. Il n'y a pas eu de de régurgitation du contenu stomacal par la bouche artificielle. L'état général a été amélioré pendant un certain temps.

Observations de Frank.

Observation I

Le malade souffre depuis quatre mois. Difficulté pour avaler toujours croissante. En faisant le cathétérisme œsophagien, on rencontre

un obstacle qui siège à 33 centimètres des dents. Les liquides seuls peuvent passer et encore avec difficulté. L'amaigrissement est considérable. On pratique la gastrostomie le 25 novembre 1892.

Le pont cutané a une largeur de 3 centimètres 1/2. Dès le premier jour, on alimenta le malade avec des liquides que l'on introduisit dans l'estomac par l'intermédiaire d'un tube en caoutchouc muni d'un entonnoir à l'une de ses extrémités. La cicatrisation était complète le septième jour et on enleva les fils. A partir de ce moment, on alimentait trois fois par jour le malade avec une seringue dont la canule se terminait par un tube de caoutchouc de l'épaisseur d'un doigt. La fistule était grande, et cependant il ne s'en écoulait pas une goutte de liquide. Le malade pouvait s'asseoir dans son lit, prendre toute sorte de positions, il ne sortait jamais rien, la fistule restait étanche; augmentation de poids depuis deux mois.

Observation II

Joseph H..., cinquante-huit ans. Difficulté pour avaler remontant à deux mois. Le malade ne peut prendre que quelques liquides. Par le cathétérisme on trouve un obstacle à 25 centimètres des dents. Au cou, à gauche de la trachée, on trouve une tumeur bosselée de la grosseur d'une pomme qui suit les mouvements de déglutition et sur laquelle il n'y a aucun renseignement.

Le 4 décembre 1892, on extirpe la tumeur, pensant qu'elle pouvait être la cause du rétrécissement. La tumeur calcifiée se laisse facilement énucléer; mais le rétrécissement persistait et comme il siégeait dans la poitrine, il a fallu faire la gastrostomie.

L'estomac se laissa facilement attirer au dehors; le pont cutané avait une largeur de 4 centimètres. Même alimentation que pour le

malade précédent. Fermeture complète de la fistule. La peau environnante est tout à fait saine.

Observation III

Joseph J..., soixante-huit ans. Difficulté croissante pour avaler remontant à six semaines. Amaigrissement considérable. Bronchite intense. Rétrécissement siégeant à 38 centimètres.

Le 17 janvier 1893, gastrostomie. L'estomac se laisse facilement attirer au dehors. Le résultat fonctionnel est parfait. Le cancer a continué son évolution.

Observation IV

Edouard B..., quarante-huit ans. Difficulté pour avaler, remontant à trois mois. Le rétrécissement siège à 32 centimètres. C'est à peine si quelques liquides peuvent passer et encore avec difficulté.

Gastrostomie le 10 janvier 1893. On attire l'estomac au dehors sans aucune difficulté. La fistule ferme très bien. Le pont a 3 cent. 1/2 de large.

Observation V

Malade opéré par le professeur Mosetig-Moorof, selon le procédé Frank.

Pas de régurgitation des liquides.

Mort survenue dix jours après l'opération, par pneumonie. Le cancer avait perforé la trachée. A l'autopsie, on voyait que l'estomac n'était pas tiraillé et qu'il conservait sa position naturelle.

Observations de Willy-Meyer.

Observation VI

Homme de soixante-sept ans, traité depuis quelque temps pour un cancer du pylore. Entre à l'hôpital le 17 janvier 1894. Rétrécissement près du cardia. Impossibilité de le franchir par le cathétérisme.

Opéré le 20 avril.

En raison de la profondeur considérable de la cavité abdominale, l'estomac ne put pas être attiré à plus d'un pouce à 1 pouce 1/2 en dehors de l'abdomen au-dessus du rebord des côtes. On l'ouvrit à l'extrémité du pli et on introduisit un tube. Alimentation immédiate. Pas de régurgitation.

Mort par syncope le lendemain.

Je pense que l'anesthésie générale était contre-indiquée dans ce cas. J'aurais dû avoir recours à la cocaïne.

Observation VII

Homme de soixante et un ans. Symptômes de rétrécissement cancéreux de l'œsophage depuis un an.

Entre à l'hôpital le 17 avril 1893. Dépression et amaigrissement considérables. Impossibilité d'avaler une goutte de liquide. Alimentation rectale stimulante pour le préparer à l'opération qui est pratiquée le 24 avril 1893.

L'estomac est très rétracté et ne peut pas être attiré facilement au

dehors. Néanmoins l'opération est terminée sans difficulté bien sérieuse. Le pont cutané avait un peu plus d'un pouce de large. La deuxième incision fut faite à environ 3/4 de pouce au-dessus du rebord costal. Le malade supporta bien l'opération.

L'incision inférieure cicatrisa par première intention. La traction exercée sur l'estomac un peu rétracté avait été excessive ; il s'ensuivit que l'incision supérieure qui tout d'abord était placée à environ 3/4 de pouce au-dessus du rebord costal, descendit au-dessous de ce rebord. Malgré cela, le résultat fut excellent.

Je pense que la tension excessive peut être évitée, en plaçant une suture à la soie à travers toute l'épaisseur de la paroi abdominale aux deux angles de la plaie péritonéale, suture comprenant une partie seulement de l'épaisseur de la paroi stomacale. Les fils ne seraient liés que lorsqu'on a suturé l'estomac aux lèvres du péritoine pariétal. Ils fixeraient fermement l'estomac à la paroi abdominale et éviteraient le tiraillement sur l'incision supérieure.

Le malade guérit fort bien. Il fut présenté à la Société de chirurgie de New-York, le 10 mai 1893. Il ne gardait le tube qu'au moment des repas. L'ouverture stomacale était grande et laissait facilement passer un tube de la grosseur du pouce. Lorsqu'on le présenta à la Société de chirurgie, son estomac contenait déjà des matières alimentaires. On ajouta encore de l'eau et on ordonna au malade de se retourner sur le ventre. Pas une goutte d'eau ne sortit par la fistule. Le résultat fonctionnel était certainement aussi heureux qu'on pouvait le désirer. Le malade mourut le 14 juin de cachexie cancéreuse.

Observation VIII

H. S..., enfant âgé de quatre ans. Retrécissement cicatriciel de l'œsophage. Impossibilité de le franchir. La gastrostomie avait été

faite le 20 juillet 1893, selon le procédé de Von Hacker par le docteur Gerster qui voulait pratiquer le cathétérisme rétrograde. Alimentation par la fistule. Régurgitation considérable du contenu stomacal. Trois jours après on ferma la bouche stomacale. L'incision abdominale cicatrisa parfaitement. Pendant un certain temps l'enfant se trouva mieux. Mais le 1er septembre, le rétrécissement refuse de nouveau de laisser passer la sonde. L'enfant dépérit rapidement et est confié à mes soins.

Gastrostomie pâr le procédé Ssabanejew-Franck, le 3 octobre 1893. L'estomac était adhérent à la paroi abdominale. On le libéra sur une étendue de 3 pouces environ. La paroi antérieure fut alors tirée en dehors. On fit passer un pli stomacal sous un pont cutané large de 1 pouce 3/4. On l'ouvrit à son sommet.

La tension était considérable. Pour suturer l'estomac à la lèvre inférieure de la suture supérieure, on fit à cette lèvre une petite incision perpendiculaire en T. L'enfant supporta bien l'opération; mais il y eut une continuelle régurgitation malgré tout ce qu'on avait fait pour l'éviter.

En raison des complications qui se sont présentées dans ce cas, le mauvais résultat fonctionnel qu'on a obtenu n'est pas un argument contre la valeur du procédé.

Observation de M. le professeur Villar.

Observation IX

Rétrécissement cancéreux de l'œsophage.

Homme âgé de quarante-cinq ans. Voyageur pour les vins. Père mort à soixante-dix ans de ramollissement cérébral. Mère âgée de

soixante-huit ans. Bien portante. Une sœur bien portante. Une fille de onze ans bien portante. Ni syphilis, ni alcoolisme. A eu un anthrax vers 1870. Marié depuis vingt ans. N'a jamais toussé ni craché de sang.

A la fin août 1893. a été pris d'une extinction de voix, a senti quelques jours après la sensation d'une soupape qui l'empêchait d'avaler.

Au mois de novembre, il pouvait prendre encore un petit peu de pain; il restait quelquefois plusieurs jours sans manger.

Au commencement de janvier 1894, il ne pouvait plus prendre qu'un peu de lait et encore il rendait tout ce qu'il prenait. Nous le voyons le 23 janvier, et nous constatons : Amaigrissement extrême, pommettes et arcades zygomatiques saillantes, yeux excavés, côtes apparentes, ventre en bateau, jambes réduites à leur squelette. Insomnie continue.

Le malade prend à peine un peu de lait qu'il vomit, du reste; il est affamé.

Nous pratiquons le cathétérisme œsophagien; mais la sonde s'arrête à 21 centimètres de l'arcade dentaire. A l'extérieur, le cou est tuméfié du côté droit. Au niveau du bord externe du sterno-cléido-mastoïdien, on sent les ganglions claviculaires durs, assez gros, un peu douloureux à la pression.

Le pouls est petit. Le malade fait des efforts constants pour rendre des glaires. Dans ses crachats, on voit quelques filets de sang. La voix est enrouée (paralysie du récurrent). A l'auscultation, rien au poumon et au cœur.

Pas de signes d'anévrysme de l'aorte. Nous portons le diagnostic de rétrécissement cancéreux de l'œsophage, et nous nous décidons à pratiquer la gastrostomie.

Le 23 janvier, bain au sublimé et au savon. Le lendemain matin, lavement purgatif. On essaie sans résultat l'anesthésie par le chlorure de méthyle.

On fait la chloroformisation, mais pas complète, juste suffisante pour un peu engourdir le malade.

Nous faisons alors l'opération suivante :

1° Incision classique parallèle au rebord costal gauche, à un centimètre et demi environ en dedans de ce rebord, et partant en bas d'une ligne transversale tirée au niveau de l'articulation de la neuvième avec la dixième côte; sur notre malade, on sentait très nettement le ligament qui unit les cartilages de ces deux côtes et porte le nom de ligament de Labbé;

2° A travers cette incision, nous avons tiré un pli de l'estomac (nous devons dire que, l'incision pratiquée, nous sommes tombé immédiatement sur l'estomac, sans avoir à faire la moindre recherche);

3° Nous avons suturé avec six points de soie, l'estomac à la paroi musculo-aponévrotiqne et au péritoine pariétal, de façon à laisser le pli stomacal en dehors du ventre et au-dessus des sutures;

4° Au deux travers de doigt au-dessus de notre incision première, nous avons pratiqué une deuxième incision parallèle à la précédente et située sur la cage thoracique elle-même; nous avons décollé la peau entre ces deux incisions;

5° Nous avons attiré le pli stomacal sous ce pont cutané, et nous en avons fixé le sommet à l'incision cutanée ou incision supérieure, après avoir, bien entendu, diminué cette incision par des sutures au crin de Florence. Nous avons fixé l'estomac en ce point au moyen de deux sortes de sutures. Nous avons d'abord fixé le pli à la peau par des fils, ne comprenant que la séreuse et une partie de la musculeuse; puis l'estomac étant ouvert, nous avons fait un second étage de sutures comprenant la muqueuse et la peau à la façon de Terrier;

6° Nous avons suturé au crin de Florence l'incision cutanée correspondante, c'est-à-dire la première incision. L'opération terminée, nous n'avons placé ni canule, ni obturateur au niveau de la bouche stomacale.

Pansement : Pas d'iodoforme; simplement de la gaze et de la ouate boriquée.

Les incisions n'ont pas donné une goutte de sang.

Nous n'avons pas eu besoin de mettre une seule pince hémostatique.

On a fait deux injections de caféine, l'une pendant, l'autre après l'opération.

Le 25 janvier, pouls très remonté. Pas de vomissements, pas de fièvre. Un peu de douleur au lieu opératoire. Le malade urine tout seul. Il est un peu gêné par des glaires qu'il sent à la gorge et qu'il cherche à rendre.

A dix heures du soir, injection de morphine, nuit bonne.

Le 26 janvier, pouls bon.

On renouvelle le pansement. Plaie sèche. Bouche stomacale aussi. Pas le moindre écoulement à ce niveau.

A neuf heures et demie, avec une seringue armée d'une sonde (à bout arrondi) n° 16, nous injectons un demi-verre de lait tiède. Il ne ressort rien. Nous refaisons le pansement après avoir retiré la sonde.

Deuxième déjeuner à midi et demi : un demi-verre de lait.

Troisième déjeuner à trois heures et demie : un demi-verre de bouillon.

A aucun des pansements il n'y a le moindre écoulement ni alimentaire ni gastrique.

Le pourtour de la bouche stomacale est absolument sec.

Le 27 janvier, 130 pulsations.

A huit heures et demie, un demi-verre de lait.

A trois heures et demie, un demi-verre de bouillon.

A partir de cinq heures, le malade est un peu agité. Deux injections de morphine de 1 centigramme chaque.

Le 28, 130 pulsations. Le malade est abattu.

A neuf heures, lait. A midi, lait et jaune d'œuf. Une piqûre de caféine. A quatre heures, lait et jaune d'œuf.

A sept heures et demie, piqûre de caféine.

A neuf heures, lait, 20 centigrammes de kola et 20 centigrammes de pepsine.

A dix heures, piqûre de morphine, une demi-seringue.

A minuit, inhalations d'oxigène.

Nuit assez calme.

Le 29, amélioration, calme, pouls plus fort.

Dans la journée, lait dans lequel on met de la kola, de la pepsine, du carbonate de soude.

Dans la journée et dans la nuit, caféine et inhalations d'oxygène à plusieurs reprises.

Le malade meurt à six heures le lendemain matin sans avoir éprouvé la moindre souffrance (Villar).

OBSERVATIONS DE M. LE PROFESSEUR DEMONS

Observation X

Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage.

(Communiquée par le docteur Chavannaz).

Le nommé Pierre R..., âgé de vingt-six ans, étant légèrement pris de boisson, avale, le 28 octobre 1894, environ deux cuillerées d'acide sulfurique. Des vomissements surviennent aussitôt. M. le docteur Inoulier, appelé en toute hâte, prescrit de la magnésie anglaise et du lait.

Un mois et demi après l'accident, déglutition difficile, parfois même impossible. Amélioration par deux mois de dilatation; le malade peut alors reprendre son travail. Quelques temps après, gêne considérable pour la déglutition; aucune sonde ne peut pénétrer. Le malade entre alors dans le service de M. le professeur Demons. Le cathétérisme

est tenté toujours sans succès. Les liquides seuls peuvent être ingérés et au prix de grandes difficultés. Une intervention est alors décidée.

Le 13 juin, après anesthésie chloroformique et précautions antiseptiques d'usage, incision de 6 centimètres, parallèle au rebord costal gauche et partant en bas de l'union de la neuvième avec la dixième côte.

A travers cette incision l'estomac est très facilement reconnu puis attiré avec une petite pince à hystéropexie ; six points de suture à la soie fine réunissent l'estomac à la paroi musculo-aponévrotique et au péritoine pariétal. A deux bons travers de doigt au-dessus de la première incision et parallèlement à celle-ci, nouvelle incision. La peau est rapidement décollée entre les deux incisions et le pli stomacal est attiré sous ce pont cutané. Fixation de l'estomac aux lèvres de l'incision supérieure précédée de la diminution de la plaie cutanée par des sutures au crin de Florence ; cette fixation est faite par des fils de soie comprenant la peau, la séreuse et une partie de la couche musculeuse de l'estomac. La cavité stomacale est alors ouverte et un second étage de sutures à la soie fine éverse la muqueuse ; suture au crin de Florence des deux incisions cutanées. Pansement iodoformé. Durée de l'opération : vingt-cinq minutes.

Diète absolue pendant les premières vingt-quatre heures.

Le 14 juin, au moyen d'une sonde de Nélaton et de la seringue a hydrocèle, injection en quatre fois de deux litres de lait avec 100 grammes de cognac.

Ce régime est continué les trois jours suivants, puis le malade arrive à prendre quotidiennement trois litres de lait avec 180 grammes de poudre de viande et des œufs crus.

Les suites de l'opération ont été des plus simples. A aucun moment il n'y a eu d'élévation de température. Jamais de reflux des aliments, aucune espèce d'irritation de la peau dans la zone entourant la fistule gastrique.

Depuis, ce malade à subi l'œsophagotomie exerne, la gastrostomie

n'ayant été considérée par M. le professeur Demons que comme le premier temps de l'intervention. Nous n'insistons pas sur ce point qui a fait de la part de notre maître l'objet d'une communication au dernier Congrès de chirurgie.

Le 6 janvier, le malade va bien. Jamais les liquides n'ont reflué par la bouche artificielle. Il se prépare à rentrer à l'hôpital où M. le professeur Demons procédera à la fermeture de la fistule gastrique.

Observation XI

Cancer de l'œsophage.

(Communiquée par M. le docteur Chavannaz)

Le nommé Pierre C..., portefaix, âgé de soixante-six ans, sans antécédents pathologiques éprouve en novembre 94, une certaine difficulté dans la déglutition. En janvier 95 la déglutition est accompagnée de douleurs très vives occupant tout le côté gauche du cou ; les aliments solides ne peuvent plus passer. Amaigrissement considérable ; perte des forces. Le malade entre dans le service de M. le professeur Demons le 28 mai 95.

Au moment de l'entrée à l'hôpital nous notons :

Amaigrissement considérable, peau sèche : Cou asymétrique, le sterno-cléido-mastoïdien droit est soulevé par une tuméfaction de forme ovoïde à grand axe vertical. La palpation montre à ce niveau l'existence d'une tumeur résistante de consistance égale ne présentant ni expansion ni battements, non fluctuante, complètement irréductible, n'augmentant pas par l'ingestion d'aliments, située nettement au-dessus de l articulation sterno-claviculaire ; elle atteint par son

extrémité supérieure le niveau du cartilage cricoïde. Cette tumeur n'est le siège d'aucune douleur ni spontanée ni provoquée, elle est indépendante des téguments mais elle suit les mouvements du larynx et de la trachée et s'élève au moment de la déglutition.

Déglutition très difficile, régurgitations fréquentes bien que le malade ne prenne que du lait.

Le cathétérisme de l'œsophage décèle un rétrécissement admettant l'olive n° 10 et siégeant à 26 centimètres de l'arcade dentaire supérieure, soit à 11 centimètres environ de l'extrémité supérieure du conduit œsophagien.

Rien à l'examen de l'appareil pulmonaire malgré l'existence d'une toux qui s'est installée vers le mois de février et qui a persisté depuis avec des périodes d'aggravation et de rémission. Le diagnostic porté est celui de cancer de l'œsophage avec goitre parenchymateux.

La gastrostomie est décidée. M. le professeur Demons veut bien nous laisser le soin de la pratiquer. Le 13 juin, après anesthésie chloroformique et les précautions antiseptiques ordinaires nous procédons à l'opération qui est exactement calquée sur celle qui précède. Le seul point qui diffère c'est que dans notre incision inférieure se présente le lobe gauche du foie sous lequel, du reste, nous trouvons très facilement l'estomac.

Durée de l'opération, vingt minutes.

Diète absolue pendant les premières vingt-quatre heures.

Les 14, 15, 16 et 18 juin, on introduisit dans l'estomac avec une sonde de Nélaton et la seringue à hydrocèle deux litres de lait mélangés à 100 grammes de cognac.

Le 18, la température jusque-là normale s'éleva à 40°. Langue saburrale; pouls 72; un purgatif est administré. Les jours suivants expectoration trè abondante; râles sous-crépitants et sibilants au sommet droit.

Le 24, l'expectoration devient de plus en plus abondante et exhale une odeur infecte; il y a un peu de souffle au sommet droit. Teint terreux, dyspnée marquée.

Le 28, le malade succombe. A aucun moment il n'y a eu de reflux des matières ingérées.

A l'autopsie nous notons :

Viscères abdominaux sains : l'estomac est un peu réduit de volume; il est parfaitement fixé à la paroi abdominale et le diverticule stomacal forme véritablement un œsophage en miniature.

L'œsophage se montre envahi par un néoplasme ayant largement gagné les parties voisines et ayant envahi en particulier la trachée, mais il n'existe cependant pas de perforation trachéale ou bronchique. Les grosses bronches sont pleines de pus et dans le lobe moyen du poumon droit il existe une cavité du volume d'une grosse noix renfermant une véritable bouillie purulente. Le lobe droit du corps thyroïde est augmenté de volume et il existe dans son sein une petite cavité kystique.

Observation XII

Cancer de l'extrémité inférieure de l'œsophage.

(Communiquée par M. le docteur Chavannaz).

Homme de soixante ans, a été pris à la fin de 1894 de gêne de la déglutition.

Longtemps soigné en ville, il ne vient à l'hôpital Saint-André que le jour où il ne peut même plus avaler les liquides.

Au moment de l'entrée, état des plus misérables, amaigrissement considérable, diarrhée. Le cathéter œsophagien est arrêté à 34 centimètres des arcades dentaires, soit à 19 centimètres de l'origine de l'œsophage.

Le 13 juin, vu l'état du malade, M. le professeur Demons décide de pratiquer la gastrostomie sans anesthésie générale.

Deux centigrammes de cocaïne sont injectés suivant le tracé des incisions à faire. La gastrostomie par le procédé de Frank-Villar est faite très facilement et sans que le malade ressente de douleurs notables. Nous ne ferons point ici la description de l'opération qui n'offre rien de spécial.

Durée de l'intervention, dix-huit minutes.

Diète absolue pendant les premières vingt-quatre heures.

Pas d'élévation de la température, pas de reflux des aliments ou d'irritation cutanée dans la zone entourant l'ouverture stomacale.

Le malade continue cependant à s'affaiblir, il est mourant lorsqu'il est repris par sa famille le 5 juillet.

CONCLUSIONS

De l'étude que nous avons faite de la technique opératoire du procédé *Ssabanejew-Frank-Villar*, de la comparaison que nous avons établie entre ce procédé et les autres méthodes de gastrostomie, des observations que nous avons reportées, on peut tirer les conclusions suivantes :

1° Ce procédé présente sur les autres le grand avantage de pouvoir, sans la mise à demeure d'aucun appareil, obtenir un résultat fonctionnel parfait en ce qui concerne la fermeture de la bouche artificielle ;

2° Ce n'est pas un procédé d'exception, ainsi qu'on l'a dit à la Société de Chirurgie ; c'est un procédé de choix qui est applicable à tous les rétrécissements infranchissables de l'œsophage, qu'ils soient cancéreux ou cicatriciels ;

3° Il convient cependant de faire deux restrictions :

a. L'une pour les cas très rares où l'estomac est tellement réduit de volume qu'il ne peut être attiré au dehors ;

b. L'autre, pour les cas rares également où il s'agit d'un rétrécissement cicatriciel que l'on veut dilater par le cathétérisme rétrograde.

Bordeaux, le 11 novembre 1895.
Vu, bon à imprimer :
Le Président de la Thèse,
Dr DEMONS.

Vu : *Le Doyen* :
A. PITRES
Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur :
A. COUAT.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

CHAVANNAZ. — *Archives cliniques de Bordeaux*, novembre 1895.

DEMONS. — Communication au Congrès de Chirurgie, 1895.

FORGUE et RECLUS. — *Thérapeutique chirurgicale.*

FRANK. — Gastrostomie. (*Wiener klin. Woch.*, 1893).

MEYER. — *Méthodes récentes de gastrostomie.*

— (*American Journ. of. med. soc.*, 1894.)

PÉNIÉRES. — *Arch. provinc. de chirurgie*, mai, 1895.

PETIT. — *Traité de la gastrostomie.*

RECLUS-MONOD. — Discussion sur la gastrostomie en deuy temps. (*Bulletin de la Soc. de chir.*, XVII.

ROUTIER. — *Bull. Soc. chir.*, XX.

SSABANEJEW. — (Procédé de), *Centralblatt. für chirurgie*, 1893.

STAMM. — *Medical News.*, septembre 1894.

TILLIER. — Thèse de Lyon, 1891.

ULMANN. — (Procédé de), *Wiener med. Woch.*, septembre 1894.

VILLAR. — *Journal de méd. de Bordeaux*, 1894.

— *Revue de Chirurgie*, 1894.

— (Discussion du procédé de). *Bull. de la Soc. de Chir.*, 1894-1895.

WITZEL. — (Procédé de), *Pacific med. Journ.*, XXXVII.

Bordeaux. — Imprimerie P. CASSIGNOL, 91, rue Porte-Dijeaux.